

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

ILAN ANCONINA
JONATHAN ASSOULINE

3^e édition



ECOS

LA

MARTINGALE*



ECOS

ENTRAÎNEMENTS ET ANNALES

TOUTES LES SITUATIONS DE DÉPART EN 4 VOLUMES

Tous les attendus d'apprentissage
des situations de départ en fiches



HYPOCAMPUS



Cardiologie
Pneumologie
Néphrologie
Urologie
Pédiatrie

Gériatrie-soins palliatifs



MÉDECINE CARDIOVASCULAIRE

Découverte d'anomalies à l'auscultation cardiaque

Situation de départ n° 18

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes cardiologue libéral installé en cabinet de ville. Vous recevez en consultation une nouvelle patiente de 45 ans qui souhaite débiter une activité sportive de compétition. Elle se présente en vue de la rédaction d'un certificat de non-contre-indication à la pratique sportive. Lors de votre examen clinique, vous percevez un souffle à l'auscultation cardiaque.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Identifiez et caractérisez le souffle.
2. Évaluez le retentissement cardiovasculaire.
3. Interrogez le patient afin de mener l'enquête étiologique.
4. Quel diagnostic positif et étiologique évoquez-vous ?
5. Quel examen paraclinique de 1^{re} intention proposez-vous et énumérez les 3 critères de sévérité ?

► Consignes au patient

Contexte : Consultation pour un certificat de non contre-indication à la pratique sportive.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Madame A – 45 ans

Taille/poids : 160 cm, 60 kg (IMC 23,4 kg/m²)

Antécédents personnels : Cholécysectomie pour colique hépatique, pas de tabagisme ni d'alcoolisme.

Antécédents familiaux : Votre père a une dilatation de l'aorte ascendante connue, votre oncle paternel a une valve avec « seulement 2 feuillets sur 3 normalement », il n'y a pas d'autres antécédents familiaux.

Traitements à domicile : Aucun

Mode de vie : Libraire, 2 enfants

Histoire de la maladie : Vous présentez un souffle râpeux, au foyer aortique, mésosystolique, éjectionnel, rude, au 2^e espace intercostal droit, irradiant aux carotides, se renforçant après une diastole longue. Le B2 est conservé. Vous êtes totalement asymptomatique.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à mener l'interrogatoire, aptitude à structurer/mener l'entrevue, aptitude à faire la synthèse des données)	1	.....
Caractériser le souffle : mésosystolique, éjectionnel, intense, rude, râpeux, maximum au 2 ^e espace intercostal droit, irradiant aux carotides, se renforçant après une diastole longue <i>Rempli si 4/8 recherchés</i>	1	.....
Vérifier l'absence de signe de gravité à l'auscultation : abolition du B2	1	.....
Q2		
Recherche de la triade symptomatique du rétrécissement aortique : dyspnée d'effort, syncope d'effort, angor d'effort <i>Rempli si 3/3 recherchés</i>	1	.....
Recherche de signes d'insuffisance cardiaque gauche : dyspnée de repos, orthopnée, crépitations <i>Rempli si 2/3 recherchés</i>	1	.....
Recherche de palpitations	1	.....
Q3		
Recherche des facteurs de risque cardiovasculaire : diabète, tabagisme, hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité. <i>Rempli si 3/5 recherchés</i>	1	.....
Recherche d'antécédents personnels de dilatation de l'aorte, de coarctation aortique. <i>Rempli si 1/3 recherché</i>	1	.....
Recherche d'antécédents familiaux de valvulopathies, de dilatation de l'aorte ascendante. <i>Rempli si 1/2 recherché</i>	1	.....
Q4		
Évoquer le diagnostic de rétrécissement aortique sur bicuspidie aortique	1	.....
Q5		
Proposer la réalisation d'une échocardiographie transthoracique	1	.....
Rechercher les critères échographiques de rétrécissement aortique serré : gradient moyen > 40 mmHg, surface aortique < 1 cm ² ou < 0.6 cm ² /m ² de surface corporelle, vitesse maximale > 4 m/s <i>Rempli si 3/3 recherchés</i>	1	.....
Total	14	.....



Les bons réflexes

Il faut absolument connaître la sémiologie fine des différentes valvulopathies pour ne pas être pris au dépourvu le jour J. Il s'agit de questions très faciles à poser, très appréciées par les PU-PH car discriminantes et non discutables.

Un petit rappel de la sémiologie des 4 principales valvulopathies à maîtriser pour les EDN (attention, le rétrécissement mitral est aussi au programme officiel mais non traité dans le collège de cardio. Il est uniquement dans le Lisa et mentionné dans les objectifs de connaissance, c'est donc une notion opposable au concours) :

Rétrécissement aortique	Insuffisance aortique
Signes fonctionnels : dyspnée d'effort, syncope d'effort, angor d'effort. Auscultation : souffle râpeux, mésosystolique, prédominant au foyer aortique, irradiant aux carotides, abolition du B2 (en cas de RA serré).	Signes fonctionnels : dyspnée, angor d'effort. Auscultation : souffle protodiastolique, doux, aspiratif, au foyer aortique irradiant le long du bord gauche du sternum. <i>En cas d'IA sévère</i> : souffle holodiastolique, roulement diastolique de Flint, galop, pistol-shot.

Rétrécissement mitral	Insuffisance mitrale
Signes fonctionnels : dyspnée, asthénie, palpitations. Auscultation : Roulement diastolique foyer mitral, éclat du B1 si valve souple, dédoublement B2 si HTAP (rythme en 3 temps de Durozier). Insuffisance cardiaque gauche et droite, FA, signes d'hypertension pulmonaire, hémoptysie.	Signes fonctionnels : dyspnée aiguë si rupture de cordage/pilier, dyspnée progressive. Auscultation : souffle doux, en jet de vapeur, holosystolique si sévère, prédominant au foyer mitral, irradiant dans l'aisselle gauche. Galop protodiastolique en cas d'IM importante et éclat du B2 si hypertension pulmonaire associée.

NOTES

Découverte d'un souffle vasculaire

Situation de départ n° 19

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne de cardiologie au CHU. On vous adresse Monsieur C, un patient de 73 ans, pour la découverte d'un souffle du membre inférieur droit.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Menez l'interrogatoire cardiovasculaire du patient.
2. Faites l'examen cardiovasculaire du patient et recherchez spécifiquement les pouls périphériques en montrant précisément les zones où vous palpez.
3. Expliquez au patient le principe d'un index de pression systolique (IPS) et calculez les IPS.

► Consignes au patient

Contexte : Consultation de cardiologie au CHU pour exploration d'un souffle du membre inférieur droit.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Monsieur C – 73 ans

Taille/poids : 180 cm – 90 kg (IMC 27,8 kg/m²)

Antécédents personnels : HTA difficilement équilibrée, une hypercholestérolémie et un diabète de type 2 découvert il y a une vingtaine d'années, Infarctus du myocarde il y a 12 ans, traité par angioplastie transluminale sur l'interventriculaire antérieure

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Hydrochlorothiazide, Amlodipine, Metformine, Rosuvastatine, Aspirine, Bisoprolol, Spironolactone, Ramipril, Dapagliflozine

Mode de vie : Retraité, ancien artisan, pas d'enfant. Tabagisme (1 paquet de cigarettes/jour depuis l'âge de 23 ans), pas d'intoxication alcoolique.

Histoire de la maladie : Vous avez une douleur à la marche depuis 4 mois, à type de crampe au niveau du mollet droit au bout de 500 mètres, qui cède en 2-3 min dès l'arrêt de l'effort. Vous ne présentez pas de douleur du décubitus.

Il n'y a pas de trouble trophique à l'examen clinique. Les pouls sont tous retrouvés à gauche, et à droite vous retrouvez le pouls fémoral, mais pas de pouls poplité, de pouls tibial postérieur ni de pouls pédieux. Les pouls radiaux et temporaux sont retrouvés bilatéralement. Les deux membres inférieurs sont chauds, de couleur normale, avec un temps de recoloration cutanée de 2 secondes chacun, sans dépilation.

L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité.

Vos chiffres de tension au niveau huméral sont : PAS 160 mmHg à gauche, PAS 153 mmHg à droite.

Vos chiffres de tension au niveau de l'artère tibiale postérieure sont : PAS 160 mmHg à gauche, PAS 80 mmHg à droite.

Vos chiffres de tension au niveau de l'artère pédieuse sont : PAS 140 mmHg à gauche, PAS 60 mmHg à droite.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

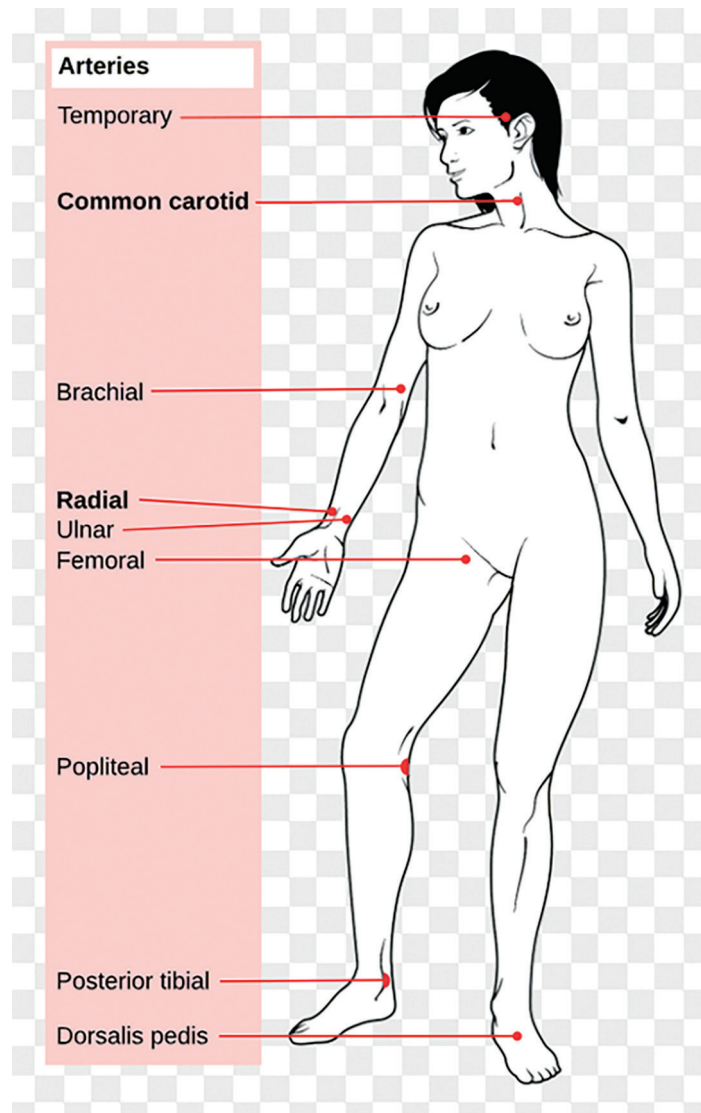
Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à questionner, aptitude à structurer/mener l'entrevue, aptitude à réaliser le geste technique/procédure)	3	.....
Rechercher les facteurs de risques cardiovasculaires du patient : diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, surpoids/obésité, tabagisme. <i>Rempli si 4/5 recherchés</i>	1	.....
Interroger sur les antécédents cardiovasculaires : accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, autre localisation athéromateuse <i>Rempli si 2/4 recherchés</i>	1	.....
Interroger sur une éventuelle douleur des membres inférieurs à la marche : → Localisation → Type de douleur → Distance de marche → Cède à l'arrêt de l'effort <i>Rempli si 3/4 recherchés</i>	1	.....
Q2		
Préciser que l'examen clinique s'effectue chez un patient déshabillé	1	.....
Recherche bilatérale des pouls radiaux, temporaux, fémoraux, poplités, tibiaux postérieurs et pédieux	1	.....
Recherche d'ulcères artériels	1	.....
Recherche d'une dépilation, calcul du temps de recoloration cutanée, examen des espaces interdigitaux, analyse de la coloration et de la chaleur du pied. <i>Rempli si 2/4 recherchés</i>	1	.....
Auscultation des axes artériels à la recherche d'autres souffles	1	.....
Q3		
Expliquer au patient le principe des IPS : prise de la tension artérielle aux 2 bras et aux 2 chevilles (pouls tibial postérieur et pouls pédieux) grâce à un brassard manuel et un Doppler. L'IPS est calculé par la pression la plus élevée des deux artères de cheville, divisée par la pression systolique la plus élevée entre les deux bras. L'AOMI est définie par un IPS < 0.9. <i>Toutes les informations doivent être énoncées pour obtenir la totalité des points</i>	1	.....
Calculer les IPS du patient : → à droite : $IPS = 80/160 = 0,5$ → à gauche : $IPS = 160/160 = 1$	1	.....
Total	13	.....



Les bons réflexes

Il est primordial de savoir faire un examen cardiovasculaire complet lorsqu'on vous présente un patient ayant un fort terrain athéromateux. L'examen des pouls périphériques (membres inférieurs comme membres supérieurs !) est une étape incontournable chez un patient avec des douleurs à la marche, un souffle artériel ou des troubles trophiques. Voici un schéma vous ciblant spécifiquement les localisations des pouls à rechercher.



Le calcul des IPS est à la base de tout examen clinique (et fait partie intégrante de cet examen) devant une suspicion d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Il permet d'orienter la prise en charge diagnostique à adopter (échographie doppler artérielle des membres inférieurs...). C'est une notion souvent bien connue sur le plan théorique mais malheureusement très peu d'étudiants ont déjà eu l'occasion de calculer des IPS en stage.

Un petit rappel des normes d'IPS selon le référentiel de cardiologie :

- IPS entre 1 et 1.4 : sujet sain
- IPS < 0.9 : AOMI
- IPS < 0.7 : AOMI sévère
- IPS > 1.4 : médiocalcose (terrain diabétique ou dialysé rénal +++)

Dans ce dernier cas, la pression à la cheville n'est pas estimée de manière adéquate et est donc remplacée par la pression d'orteil. Un index de pression d'orteil < 0.7 témoigne d'une AOMI.

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Hypertension artérielle

Situation de départ n° 42

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin généraliste installé en ville. Vous recevez en consultation Monsieur H, un patient de 37 ans que vous ne connaissez pas car nouvellement installé dans votre région, pour des chiffres tensionnels élevés au domicile.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Expliquez au patient les principes de l'automesure tensionnelle et de la MAPA.
2. Recherchez des signes lors de l'interrogatoire et l'examen clinique évocateurs d'HTA secondaire.
3. Donnez votre principale hypothèse diagnostique et expliquez les grands principes de prise en charge.

► Consignes au patient

Contexte : Consultation en cabinet de médecine générale. Vous venez de déménager dans cette nouvelle ville et n'avez pas encore consulté de médecin depuis votre arrivée.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Monsieur H – 37 ans

Taille/poids : 180 cm – 72 kg

Antécédents personnels : Aucun

Antécédents familiaux : Votre père a été récemment diagnostiqué d'une néoplasie endocrinienne multiple de type 2 depuis la découverte d'un carcinome médullaire de la thyroïde. Pas de pathologie rénale dans votre entourage.

Traitements à domicile : Aucun

Mode de vie : Professeur de mathématiques au collège, célibataire sans enfant. Pas de tabac, ni de drogue, ni d'alcool. Pas de consommation de réglisse.

Histoire de la maladie : Depuis 2 mois environ, vous vous plaignez de céphalées récurrentes ainsi que de palpitations.

Sur les conseils d'un ami, vous avez investi dans un appareil d'automesure tensionnelle et pris votre tension à intervalles irréguliers, « juste pour vous situer », les chiffres tournant en moyenne autour de 150/95 mmHg.

Votre compagne ne se plaint pas de ronflement de votre part, vous n'êtes pas particulièrement fatigué et somnolent la journée. Vous ne présentez aucun autre signe évocateur de syndrome d'apnées du sommeil.

Vous avez un faciès « normal », pas de vergetures ni d'ecchymoses, pas de « bosse de bison ».

Vous n'avez aucun signe d'acromégalie.

Vous n'avez jamais eu de signe de faiblesse musculaire, pas de crise de tétanie non plus.

Votre dernier bilan biologique, qui date d'il y a 3 mois environ, était revenu parfaitement normal.

Il vous arrive cependant de présenter des sueurs et des palpitations.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à questionner, aptitude à faire la synthèse des données, aptitude à proposer une prise en charge)	3	.....
Savoir expliquer le principe de l' automesure tensionnelle : réaliser 3 mesures à 2 min d'intervalle en position assise après 5 min de repos avec l'avant-bras posé sur la table : → le matin 20 min après le lever, avant le petit-déjeuner et la prise de médicaments → le soir dans l'heure avant le coucher → 3 jours de suite (règle des 3)	1	.....
Savoir expliquer le principe de la mesure automatisée de la pression artérielle (MAPA) : mesure effectuée à l'aide d'un appareil de mesure automatique de PA et un brassard brachial adapté au patient, avec des mesures systématiques pendant 24 h , en période diurne (toutes les 15 min) et nocturne (toutes les 30 min).	1	.....
Q2		
Recherche des antécédents familiaux de néphropathie (polykystose familiale) ou de polyendocrinopathies	1	.....
Recherche de néphropathie : maladie rénale connue, infections urinaires à répétition, hématurie, consommation d'AINS (néphropathie parenchymateuse) <i>Rempli si 2/4 recherchés</i>	1	.....
Recherche de consommation de toxiques et substances pressives : réglisse et boissons anisées, cocaïne, amphétamines, corticoïdes, AINS... <i>Rempli si 2/6 recherchés</i>	1	.....
Recherche de signes d'hyperaldostérionisme primaire : tétanie, faiblesse musculaire <i>Rempli si 1/2 recherché</i>	1	.....
Recherche de signes de phéochromocytome : céphalées, sueurs, palpitations (triade de Ménard). <i>Rempli si 3/3 recherchés</i>	1	.....
Recherche de signes de syndrome d'apnées du sommeil : ronflement, somnolence, céphalées matinales, sensation d'étouffement, sommeil non réparateur, éveils répétés pendant le sommeil, nycturie, difficultés de concentration <i>Rempli si 2/8 recherchés</i>	1	.....
Recherche de signes d' endocrinopathie (acromégalie, syndrome de Cushing) : nez épais, pommettes saillantes, front bombé, lèvres épaisses, prognathisme, vergetures pourpres, faciès lunaire, obésité tronculaire avec bosse de bison, peau fine, ecchymoses... <i>Rempli si 2/10 recherchés</i>	1	.....
Q3		
Donner la principale hypothèse diagnostique : phéochromocytome	1	.....
Expliquer la prise en charge : traitement par alpha/bêta bloquants initialement, puis prise en charge chirurgicale par laparoscopie	1	.....
Total	14	.....

Découverte d'une hypotension artérielle

Situation de départ n° 43

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne de garde dans les étages. Vous êtes appelé par l'infirmière du service de maladies infectieuses car elle a retrouvé lors de son tour des constantes une patiente de 79 ans au sol. Votre principale hypothèse diagnostique est une hypotension orthostatique.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Expliquez au patient comment confirmer le diagnostic.
2. Recherchez les causes à l'origine de cette hypotension orthostatique.
3. Proposez des mesures permettant de lutter contre l'hypotension orthostatique.
4. Nommez 1 médicament utilisé en deuxième ligne dans le traitement de l'hypotension orthostatique.

► Consignes au patient

Contexte : Vous êtes hospitalisée en infectiologie depuis 1 semaine pour une pneumonie aiguë communautaire à pneumocoque.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Madame H – 79 ans

Taille/poids : 160 cm – 50 kg

Antécédents personnels : Hypertension artérielle, Hypercholestérolémie, Chondrocalcinose, 1 épisode dépressif caractérisé isolé il y a 3 ans.

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Ramipril, Lercanidipine, Hydrochlorothiazide, Atorvastatine, Sertraline.

Mode de vie : Retraitée, ancienne ingénieure, veuve. Vous ne fumez pas et ne buvez pas.

Histoire de la maladie : Vous venez de chuter en essayant de vous lever pour aller aux toilettes. Vous êtes sous amoxicilline + acide clavulanique depuis 5 jours pour votre pneumonie à pneumocoque. Vous êtes déjà tombée à la maison il y a environ 3 mois mais vous n'aviez pas consulté car cela ne vous avait pas trop inquiété sur le moment.

Vous présentez des signes de déshydratation intracellulaire (langue sèche, fatigue, cernes) et extracellulaire (pli cutané, hypotonie des globes oculaires).

Vous n'avez aucun signe clinique d'anémie, mis à part une légère asthénie récente, que vous jugez « en lien avec la maladie pulmonaire ».

Vous êtes dyspnéique sans orthopnée, absence de crépitants bilatéraux, pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à questionner, aptitude à fournir les renseignements au patient, aptitude à faire la synthèse des données, aptitude à proposer une prise en charge)	4	.....
Savoir diagnostiquer une hypotension orthostatique : Mesure de la PA allongé (T0), puis mesure de la PA en orthostatisme à 1, 3 et 5 min : baisse > 20 mmHg de la PAS dans les 5 min suivant le passage à l'orthostatisme baisse > 10 mmHg de la PAD dans les 5 min suivant le passage à l'orthostatisme PAS ≤ 90 mmHg reproduisant les symptômes dans les 5 min suivant le passage à l'orthostatisme	1	.....
Q2		
Recherche d' iatrogénie : prise de médicaments antihypertenseurs, dérivés nitrés, alpha-bloqueurs, antidépresseurs tricycliques et IMAO, L-dopa, anticholinergiques, phénothiazine, morphine... <i>Rempli si 1/8 recherché</i>	1	.....
Recherche de signes de déshydratation/hypovolémie et de toute pathologie aiguë qui peut en favoriser la survenue (pneumonie aiguë ici)	1	.....
Recherche de signes d' anémie (l'HTO est un signe de mauvaise tolérance de l'anémie) : asthénie, vertiges, tachycardie, pâleur des muqueuses, souffle d'hyperdébit... <i>Rempli si 2/5 recherchés</i>	1	.....
Recherche de signes d' insuffisance cardiaque (inadaptation de la réponse hémodynamique à l'orthostatisme) : crépitements pulmonaires bilatéraux, orthopnée, reflux hépato-jugulaire, – turgescence jugulaire, œdème des membres inférieurs, hépatalgie d'effort... <i>Rempli si 2/6 recherchés</i>	1	.....
Interroger sur des signes de dysautonomie : pathologie neurodégénérative (Parkinson, Corps de Lewy...), alitement prolongé, atteinte neurologique périphérique (diabète, alcool, amylose, – insuffisance rénale, carences vitaminiques, connectivites...)	1	.....
Q3		
Retirer un médicament antihypertenseur de l'ordonnance et retirer le traitement par ISRS car : durée de traitement trop longue et propriété hypotensive	1	.....
Hydratation correcte, décomposition du mouvement pour le passage en orthostatisme et bas de contention de classe 2	1	.....
Q4		
Thérapeutiques de 2 ^e intention : midodrine ou fludrocortisone	1	.....
Total	13	.....



Les bons réflexes

Devant une suspicion d'hypotension orthostatique, il faut adopter une prise en charge très codifiée :

1. Évaluation clinique :

Lorsqu'un patient se plaint d'étourdissements, de vertiges ou de syncopes, faites une observation médicale complète, y compris les antécédents médicaux, les médicaments actuellement pris et les habitudes de vie.

2. Mesure de la pression artérielle :

Prenez la pression artérielle du patient en position couchée puis debout. Cela permet de détecter une éventuelle chute significative de la pression artérielle en position debout (diminution d'au moins 20 mmHg de la pression systolique ou de 10 mmHg de la pression diastolique), qui poserait le diagnostic d'hypotension orthostatique.

3. Évaluation des signes vitaux :

Mesurez également la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène pour évaluer l'état hémodynamique global du patient et rechercher une dysautonomie (absence de tachycardie compensatrice).

4. Examen physique :

Effectuez un examen physique complet, en mettant l'accent sur la recherche de signes de déshydratation, de troubles neurologiques, de troubles cardiaques, et de toute autre condition médicale sous-jacente.

5. Médicaments :

Identifiez les médicaments qui pourraient contribuer à l'hypotension orthostatique, tels que les antihypertenseurs, les diurétiques, ou les médicaments psychotropes. Envisagez de réajuster les médicaments si nécessaire.

6. Traitement :

La gestion dépend de la cause sous-jacente, mais peut inclure des mesures telles que l'augmentation de l'apport en sel, la compression élastique des jambes, ou des médicaments spécifiques pour augmenter la pression artérielle.

7. Conseils au patient :

Éduquez le patient sur les précautions à prendre pour éviter les chutes, comme se lever lentement et s'accrocher à un support stable en cas de besoin.

Recommandez une augmentation progressive de l'activité physique pour renforcer la circulation sanguine et le tonus vasculaire.

NOTES

Malaise/Perte de connaissance

Situation de départ n° 50

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne de garde aux urgences. Vous voyez dans un box Monsieur X, 53 ans, qui consulte accompagné de sa femme car il a présenté un malaise à domicile.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Interrogez le patient afin de caractériser son malaise.
2. Recherchez une cause iatrogène ou toxique.
3. Proposez les 2 examens complémentaires à faire en première intention devant tout malaise.

► Consignes au patient

Contexte : Consultation au service d'accueil des urgences suite à un malaise.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Monsieur X – 53 ans

Taille/poids : 180 cm – 72 kg

Antécédents personnels : Aucun

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Aucun

Mode de vie : Informaticien, en couple, sans enfant. Pas de tabac, pas d'alcool, pas de drogue.

Histoire de la maladie : Vous avez fait un malaise au domicile avec perte de connaissance alors que vous étiez tranquillement en train de faire du repassage.

Selon votre femme, cette perte de connaissance a été brutale et a duré 30 secondes.

Vous n'avez eu aucun prodrome.

Vous n'étiez pas confus à votre réveil.

Vous présentez une morsure du bout de la langue et vous n'avez pas présenté de mouvement anormal. Il n'y a pas eu de perte d'urines.

Vous n'avez pas de céphalée, de douleur thoracique, de palpitation ni même de courbature.

Vous avez une plaie temporale consécutive à votre chute.

Votre compagne, avec qui vous habitez seuls, ne présente aucune symptomatologie.

Vous habitez un appartement fraîchement rénové, sans chaudière à gaz. L'avertisseur de monoxyde d'azote des pompiers n'a pas sonné lorsqu'ils se sont présentés à votre domicile.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à écouter, aptitude à questionner, aptitude à mener/structurer l'entretien)	3	.....
Demander s'il y a eu une perte de connaissance , et si oui, de combien de temps.	1	.....
Recherche de prodromes , douleur thoracique ou de palpitations	1	.....
Recherche de facteurs déclenchants	1	.....
Recherche de mouvements anormaux	1	.....
Faire préciser la posture au moment du malaise (allongé, assis ou debout) et l' activité (effort ou repos)	1	.....
Recherche de courbatures	1	.....
Recherche de confusion postmaleise, perte d'urines	1	.....
Recherche d'une morsure de langue	1	.....
Q2		
Recherche d'arguments en faveur d'une intoxication au monoxyde de carbone : cas groupés, chaudière à gaz, appartement ancien	1	.....
Prise de traitements antihypertenseurs , bêtabloquants , psychotropes , qui allongent le QT ou substances illicites (cocaïne, amphétamines...)	1	.....
Q3		
Proposez la réalisation d'un ECG 18 dérivations	1	.....
Proposez la réalisation d'une glycémie capillaire/veineuse	1	.....
Total	15	.....



Les bons réflexes

Il faut avoir à l'esprit que toute perte de conscience n'est pas synonyme de syncope.

Grossièrement, trois grandes catégories sont à différencier : syncope, crise comitiale et perte de connaissance d'origine psychogène.

Je choisis de me concentrer dans ce récap sur les syncopes (car il s'agit avant tout d'ECOS de cardiologie ici...) :

Les syncopes sont classées en :

- obstacle mécanique : prépondérance du rétrécissement aortique et de l'embolie pulmonaire, des cardiomyopathies obstructives, des tamponnades et des thromboses de valve mécanique...
- causes rythmiques : tachycardies ventriculaires, bradycardies par bloc atrioventriculaire ou dysfonction sinusale, torsades de pointes...
- hypotension artérielle orthostatique souvent iatrogène, souvent du sujet âgé, parfois avec
- dysautonomie
- syncopes réflexes : vasovagales ou situationnelles, syndrome du sinus carotidien.

L'ECG, à faire en première intention devant toute suspicion de syncope, permet à lui seul de faire le diagnostic étiologique en cas de :

- tachycardie ventriculaire
- bradycardie sinusale < 40 bpm
- pauses > 3 secondes
- BAV complet ou BAV 2 Mobitz 2
- bloc de branche alternant
- tachycardie supraventriculaire > 150 bpm
- torsade de pointes

Toujours garder en tête que le diagnostic de syncope vasovagale reste un diagnostic d'élimination après réalisation d'examens spécialisés, d'autant plus chez un patient avec une cardiopathie sous-jacente.

NOTES

Œdème localisé ou diffus

Situation de départ n° 54

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin en ville et vous recevez une patiente de 57 ans pour une augmentation du volume de ses jambes depuis 1 mois.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Détaillez les trois grandes causes d'œdèmes généralisés.
2. Orientez l'enquête étiologique en fonction des caractéristiques cliniques de l'œdème et des signes fonctionnels associés.
3. Expliquez les règles hygiéno-diététiques à mettre en place.

► Consignes au patient

Contexte : Vous êtes en consultation de médecine générale en ville.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Madame N – 57 ans

Taille/poids : 160 cm – 50 kg

Antécédents personnels : Cardiopathie ischémique stentée à 3 reprises. Vous ne présentez pas d'antécédent de pathologie hépatique ou rénale.

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Ramipril, Dapagliflozine, Aspirine, Bisoprolol, Spironolactone, Rosuvastatine.

Mode de vie : Célibataire, sans enfant, pas d'emploi. Vous mangez beaucoup de charcuterie et de fromage, malgré les recommandations contraires de votre cardiologue. Vous fumez à hauteur d'environ 30 PA et buvez 1 verre de vin par jour.

Histoire de la maladie : Vous n'avez aucun signe d'insuffisance hépatique/cirrhose.

Vous n'avez pas de signes d'insuffisance rénale ou de syndrome néphrotique.

Il n'y a pas d'épanchement des autres séreuses.

Vous n'êtes pas dyspnéique/orthopnéique. À l'auscultation pulmonaire, on entend des crépitations bilatérales jusque 1/3 champs. On perçoit également un reflux hépato-jugulaire associé à une turgescence jugulaire.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à mener/structurer l'entrevue, aptitude à structurer l'examen clinique, aptitude à proposer une prise en charge)	3	.....
Savoir que la cirrhose hépatique est une cause d'œdèmes généralisés : éthyliste, hépatite virale chronique, atteinte hépatique d'origine métabolique...	1	.....
Savoir que l' insuffisance cardiaque droite (et donc globale) est une cause d'œdèmes généralisés : insuffisance respiratoire chronique, cœur pulmonaire chronique, pathologie valvulaire	1	.....
Savoir que l' insuffisance rénale et le syndrome néphrotique sont une cause d'œdèmes généralisés : insuffisance rénale aiguë mais aussi chronique (surtout au stade préterminal)	1	.....
Q2		
Recherchez des signes inflammatoires au niveau des jambes : chaleur, douleur, rougeur	1	.....
Recherchez des signes de cirrhose : hépatomégalie ferme, à bord tranchant, angiomes stellaires, circulation veineuse collatérale, astérisis, érythrose palmaire, leuconychie...	1	.....
<i>Rempli si 2/7 recherchés</i>		
Recherchez des signes d' insuffisance cardiaque : crépitations pulmonaires bilatérales, orthopnée, reflux hépato-jugulaire, turgescence jugulaire, hépatalgie d'effort, antécédent connu de cardiopathie...	1	.....
<i>Rempli si 2/6 recherchés</i>		
Recherchez des signes d' insuffisance rénale aiguë/chronique : hypertension artérielle, antécédent d'élévation de la créatinémie, antécédent d'échographie rénale anormale, antécédent de protéinurie à la bandelette urinaire, antécédent connu de maladie rénale...	1	.....
<i>Rempli si 2/5 recherchés</i>		
Recherchez d'autres épanchements des séreuses (anasarque) : ascite, épanchement pleural, épanchement péricardique	1	.....
Q3		
Limiter la consommation en sel à moins de 5 g/jour	1	.....
Exercice physique (sauf en cas de décompensation) et sevrage tabagique	1	.....
<i>Rempli si 1/2 recherché</i>		
Total	13	.....



Les bons réflexes

Devant un syndrome œdémateux généralisé, 3 organes principaux sont à mettre en cause :

- le **cœur** : *via* l'hypovolémie efficace secondaire à la diminution du débit cardiaque, donc du débit sanguin rénal, qui va stimuler les systèmes antinatriurétiques (système rénine-angiotensine aldostérone...) responsables de la réabsorption du sodium et de l'eau.
- le **rein** : syndrome néphrotique *via* la baisse de la pression oncotique (fuite d'albumine) qui est à l'origine de l'hypovolémie, et de l'activation du système rénine-angiotensine aldostérone ; et l'insuffisance rénale car le bilan sodé devient positif (baisse de la diurèse).
- le **foie** : hypovolémie efficace résultant d'une séquestration de sang dans le territoire – splanchnique en amont du foie et une diminution des résistances vasculaires périphériques et de la pression artérielle systémique conduisant à l'activation des systèmes de réabsorption de l'eau et du sodium.

Les examens complémentaires sont orientés par la clinique et comprennent :

- sur le plan rénal : bandelette urinaire, protéinurie des 24 h si BU positive, créatininémie, urée, protidémie, albuminémie.
- sur le plan hépatique : biologie hépatique complète, électrophorèse des protéines plasmatiques, TP, facteur V, échographie abdominale.
- sur le plan cardiologique : Radiographie thoracique, ECG, BNP ou NT-proBNP, ETT +++.
- sur le plan vasculaire : échographie Doppler veineux des membres inférieurs si suspicion d'insuffisance veineuse.

La prise en charge repose sur les mesures hygiéno-diététiques citées plus haut associées aux diurétiques de l'anse (furosémide +++) en première intention, et si nécessaire aux diurétiques épargneurs de potassium (spironolactone) pour obtenir une action synergique.

NOTES

Claudication intermittente d'un membre

Situation de départ n° 69

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes cardiologue libéral. On vous adresse un homme de 58 ans qui présente depuis 2 mois une douleur à la jambe droite lors de la marche. Il n'a encore consulté aucun médecin pour le moment.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Différenciez à l'interrogatoire et à l'examen clinique les éléments orientant vers une atteinte vasculaire ou médullaire.
2. Localisez l'atteinte en fonction de l'examen clinique et recherchez les autres localisations vasculaires.

► Consignes au patient

Contexte : Vous consultez un cardiologue en ville.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Monsieur P – 58 ans

Taille/poids : 170 cm – 75 kg

Antécédents personnels : Maladie de Horton active avec sténose de l'artère carotide interne droite. Vous n'avez jamais eu d'ischémie mésentérique, d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde.

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Prednisone, Vitamine D, Aspirine, Atorvastatine.

Mode de vie : Marié, 6 enfants, intérimaire. Vous fumez à hauteur de 15 PA et buvez 2 verres de vin au déjeuner et au dîner.

Histoire de la maladie : Vous souffrez de vives douleurs à type de crampes au niveau du mollet droit depuis environ 2 mois.

Vos douleurs sont de topographie musculaire. Elles apparaissent pour une même distance de marche sur terrain plat à chaque fois, et vous obligent à l'arrêt de façon assez rapide. Cette distance est raccourcie lorsque vous montez une pente.

La récupération une fois au repos se fait dans les min qui suivent.

Lors de l'auscultation des axes artériels, vous avez un souffle juste au-dessus du genou droit.

Vous avez un souffle au niveau de la carotide droite, connu depuis quelques années et sans indication thérapeutique.

Les poulx ne sont pas retrouvés à droite au niveau poplité, tibial postérieur et pédieux.

Tous les autres poulx aux membres inférieurs, supérieurs et temporaux sont retrouvés.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à questionner, aptitude à mener/structurer l'entrevue, aptitude à structurer l'examen clinique, aptitude à proposer une prise en charge)	4	.....
Faire préciser la distance d'apparition : toujours la même pour la claudication vasculaire ; variable pour la claudication médullaire	1	.....
Évaluez la douleur : à type de crampe, de topographie musculaire, obligeant rapidement à l'arrêt pour la claudication vasculaire ; soulagée par l'antéflexion et de topographie radiculaire pour la claudication médullaire	1	.....
Faire préciser le temps de récupération : rapide à l'arrêt pour la claudication vasculaire ; lente pour la claudication médullaire	1	.....
Évaluez le contexte et les comorbidités du patient : terrain athéromateux pour la claudication vasculaire ; canal lombaire étroit/arthrose lombaire pour la claudication médullaire	1	.....
Q2		
Auscultation des axes artériels à la recherche de souffles	1	.....
Recherche bilatérale des pouls radiaux, temporaux, fémoraux, poplités, tibiaux postérieurs et pédieux	1	.....
Savoir localiser la sténose de l' artère fémorale superficielle droite	1	.....
Total	11	.....

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jambes lourdes

Situation de départ n° 76

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin généraliste et vous recevez madame X, une patiente de 63 ans. Vous la suivez dans le cadre d'un syndrome des anticorps antiphospholipides diagnostiqué il y a une quinzaine d'années. Ce syndrome avait été repéré à la suite de multiples thromboses veineuses profondes bilatérales récidivantes. Elle se plaint dorénavant de lourdeur des jambes. Vous suspectez en premier lieu une insuffisance veineuse d'origine post-thrombotique.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Cherchez à l'examen les signes d'insuffisance veineuse.
2. Prescrivez de manière adaptée une compression élastique et précisez la classe.

► Consignes au patient

Contexte : Consultation chez le médecin généraliste en ville.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Madame X – 63 ans

Taille/poids : 160 cm – 88 kg

Antécédents personnels : Multiples thromboses veineuses profondes bilatérales secondaires à un syndrome des anticorps antiphospholipides.

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Apixaban

Mode de vie : Puéricultrice, célibataire, 1 fils de 34 ans. Pas de tabagisme ni d'alcoolisme.

Histoire de la maladie : Vous ressentez depuis quelque temps une lourdeur des jambes, avec des symptômes qui se majorent au cours de la journée, après la station debout prolongée et lorsqu'il fait particulièrement chaud.

Cliniquement, vous n'avez ni varicosités ni varices.

Vous présentez cependant un œdème bilatéral qui prend le godet, mou et blanc, associé à de la dermite ocre et un ulcère d'aspect veineux ouvert, en périmalléolaire gauche.

Vous distinguez quelques légères plages d'atrophie blanche.

Il n'y a pas d'eczéma variqueux ni de lipodermatosclérose.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à structurer l'examen clinique, aptitude à mener l'examen clinique, aptitude à proposer une prise en charge)	3	.....
Recherchez des varicosités/télangiectasies : dilatation de veines de petit calibre < 3 mm	1	.....
Recherchez des varices	1	.....
Recherchez un œdème des membres inférieurs : blanc, mou, prend le godet, avec une nette recrudescence vespérale	1	.....
Recherchez une dermite ocre	1	.....
Recherchez de l' eczéma des membres inférieurs	1	.....
Recherchez une lipodermatosclérose (= dermohypodermite de stase)	1	.....
Recherchez une atrophie blanche : témoigne de la présence d'une véritable ischémie cutanée et annonce la survenue d'un ulcère veineux	1	.....
Recherchez un ulcère veineux	1	.....
Q2		
Savoir dire qu'il ne faut pas les porter la nuit	1	.....
Savoir dire que l'efficacité est maximale lorsque la pose se fait le matin dans l'heure qui suit le lever	1	.....
Savoir dire qu'il faut prescrire une classe 4 dans le cadre de la patiente car elle présente un ulcère veineux ouvert non cicatrisé	1	.....
Total	14	.....



Les bons réflexes

Point récap sur quelque chose qui paraît à première vue peu tombable, mais qui est cependant (et étonnamment !) très bien précisé à la fois dans la fiche LiSA et dans le référentiel de médecine vasculaire : les **différentes classes de compression élastique et leurs indications**.

Il existe 4 classes en fonction de la pression exercée au niveau de la cheville :

- entre 10 et 15 mmHg : classe I
- entre 15 et 20 mmHg : classe II
- entre 20 et 36 mmHg : classe III
- > 36 mmHg : classe IV

L'IVC fonctionnelle est une indication de compression de classe I.

L'insuffisance lymphatique est une indication de compression de classe IV.

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Varices 3 mm (C2)	→ Bas (chaussettes, bas-cuisses, collants) de classe II ou III	Au long cours
Après sclérothérapie, traitement thermique ou stripping	→ Bas-cuisse de classe II ou III	4 à 6 semaines
Œdème chronique d'origine veineuse (C3)	→ Bas (chaussettes, bas-cuisses, collants) de classe III	Au long cours Réévaluation régulière du rapport bénéfices/risques
Pigmentation, eczéma veineux (C4a)	→ Bas (chaussettes, bas-cuisses, collants) de classe III	
Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche (C4b)	→ Bas (chaussettes, bas-cuisses, collants) de classe III	
Ulcère cicatrisé (C5)	→ Bas (chaussettes, bas-cuisses, collants) de classe III ou IV	
Ulcère ouvert (C6)	→ Bandages multiples en première intention → Bas (chaussettes, bas-cuisses, collants) → Classe III ou IV	Jusqu'à cicatrisation complète

NOTES

Bradycardie

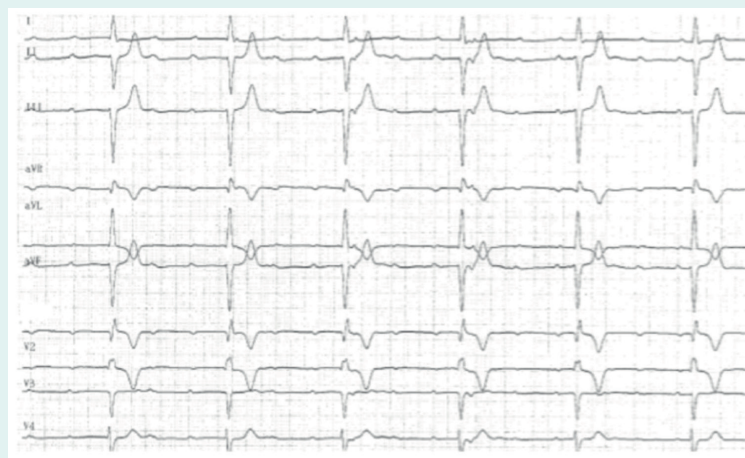
Situation de départ n° 179

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous venez de prendre votre garde en unité de soins intensifs de cardiologie (USIC). Le service a accueilli aujourd'hui une patiente de 69 ans, diabétique, pour un malaise au domicile. Vous n'avez pas encore eu le temps de faire les transmissions avec vos collègues que l'infirmière vient vous voir paniquée pour vous dire que le scope de madame B, cette fameuse patiente, sonne en raison d'une fréquence cardiaque à 43 bpm. Vous vous empressez d'aller voir la patiente et demandez sans délai la réalisation d'un électrocardiogramme, que voici ci-dessous.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.



■ Questions pour l'étudiant

1. Quel est votre diagnostic électrocardiographique ?
2. Identifiez les signes de mauvaise tolérance de cette bradycardie.
3. Quelle prise en charge instaurez-vous en urgence et à long terme ?

► Consignes au patient

Contexte : Vous venez de vous faire hospitaliser en USIC suite à un malaise.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Madame B – 69 ans

Taille/poids : 165 cm – 59 kg

Antécédents personnels : Diabète de type 2

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Metformine

Mode de vie : Retraitée, ancienne agente municipale. Mariée, 4 enfants. Pas de tabac ni d'alcool.

Histoire de la maladie : Vous avez fait une syncope au domicile et êtes hospitalisée depuis ce midi en USIC.

Vos constantes sont les suivantes : FC 43 bpm, PA 120/82 mmHg, FR 16/min, SpO2 96 % en AA, T° 36,8 °C, GCS 13.

Vous avez uriné il y a 15 min, vous n'êtes pas oligurique.

Les extrémités sont chaudes et il n'y a pas de marbrures.

Vous n'avez aucun signe d'insuffisance cardiaque.

Vous n'avez pas de douleur thoracique.

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à structurer/mener l'entrevue, aptitude à planifier les soins, aptitude à proposer une prise en charge)	3	.....
Savoir reconnaître un BAV 3 = BAV complet	1	.....
Q2		
Rechercher des signes de choc : marbrures, oligurie, hypotension <i>Rempli si 2/3 recherchés</i>	1	.....
Rechercher des troubles de la conscience	1	.....
Rechercher des signes d' insuffisance cardiaque : crépitants, orthopnée, dyspnée, reflux hépato-jugulaire, turgescence jugulaire, œdème des membres inférieurs <i>Rempli si 4/6 recherchés</i>	1	.....
Rechercher un angor	1	.....
Q3		
Mise en place d'une voie veineuse périphérique	1	.....
Prescrire un ionogramme sanguin à la recherche d'une hyperkaliémie	1	.....
Prescrire un dosage de la troponine à la recherche d'une ischémie cardiaque (volontiers silencieuse chez le diabétique)	1	.....
Prescrire la réalisation d'une échocardiographie transthoracique	1	.....
Administrer de l' isoprénaline (sonde d'entraînement électrosystolique en 2 ^e intention)	1	.....
Discussion de la mise en place d'un pacemaker (stimulateur cardiaque) à long terme	1	.....
Total	14	.....



Les bons réflexes

La prise en charge d'une bradycardie dépend du type de trouble conductif, du contexte clinique et de la tolérance.

La tolérance s'évalue sur l'hémodynamique du patient, le niveau de conscience, la présence d'un état de choc, des signes d'insuffisance cardiaque, un angor.

Certains troubles de la conduction sont considérés comme étant de sévérité plus importante : BAV complet, BAV de type 2 Mobitz 2, les blocs alternants, les BAV de « haut degré » et les BSA de type 3. Leur prise en charge est une urgence thérapeutique.

Il faut s'attacher à rechercher une cause curable et réversible devant tout trouble de la conduction en prescrivant les examens adéquats :

Examens	Objectif
ECG	Diagnostic positif et recherche d'un syndrome coronaire aigu associé
Ionogramme sanguin	Systématique à la recherche d'une hyperkaliémie +++
Troponines	Systématique à la recherche d'une ischémie myocardique associée
Échographie cardiaque	Systématique à la recherche d'une cardiopathie sous-jacente : altération de la fraction d'éjection, rétrécissement aortique serré, endocardite (abcès de l'anneau), hypertrophie des parois ventriculaires (maladie de surcharge type amylose, hémochromatose)
Sérologie Lyme	Si à risque de maladie de Lyme (vit en Alsace, métier forestier...)

Douleur thoracique

Situation de départ n° 161

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin généraliste installé en cabinet de ville. Vous recevez en urgence monsieur D, 52 ans, pour une douleur thoracique de repos, constrictive, depuis environ 1 h. Vous réalisez dans les premiers instants un électrocardiogramme qui retrouve un sus décalage du segment ST dans le territoire antérieur (dérivations V1 à V4) avec un miroir inférieur (dérivations D2, D3 et aVF). Vous posez donc le diagnostic de syndrome coronaire aigu avec sus décalage du segment ST (SCAST+ ou STEMI).

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Quelle est la première chose que vous effectuez ?
2. Quels sont les médicaments que va recevoir le patient avant son transfert sur le plateau technique ?
3. Expliquez au patient le principe d'une coronarographie et d'une angioplastie transluminale.

► *Pas de consigne particulière.*

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à fournir les renseignements au patient, aptitude à coopérer avec les pairs, aptitude à proposer une prise en charge)	3	.....
Appeler le SAMU devant toute douleur thoracique de repos, <i>a fortiori</i> lorsque le diagnostic de syndrome coronaire aigu est déjà posé	1	.....
Q2		
Prescrire des antalgiques devant une douleur thoracique (palier 1 + palier 3)	1	.....
Prescrire de l' aspirine	1	.....
Prescrire un inhibiteur de P2Y12 : ticagrélor ou prasugrel (clopidogrel uniquement si contre-indication)	1	.....
Prescrire de l' héparine (HNF ou HBPM)	1	.....
Q3		
Savoir que cet examen s'effectue au bloc opératoire en conditions strictes de stérilité	1	.....
Savoir que la voie d'abord est une ponction artérielle , le plus souvent radiale, parfois fémorale	1	.....
Savoir qu'il s'effectue grâce à une injection de produit de contraste iodé dans les artères coronaires	1	.....
Savoir que la coronarographie permet d'identifier la lésion coronaire coupable	1	.....
Savoir que l'angioplastie se fait en gonflant un ballonnet au niveau de la lésion coupable	1	.....
Savoir qu'il en résulte en la mise en place d'un stent (endoprothèse métallique)	1	.....
Total	14	.....



Les bons réflexes

Quatre diagnostics principaux (de par leur urgence) sont à évoquer devant toute douleur thoracique et sont regroupés sous l'acronyme PIED :

P : péricardite (tamponnade +++)

I : infarctus du myocarde

E : embolie pulmonaire

D : dissection aortique

Devant toute douleur thoracique, 3 examens sont à prescrire systématiquement selon le référentiel de cardiologie :

- ECG
- Radiographie de thorax
- Troponine

D'autres examens seront prescrits en fonction de l'orientation étiologique :

- Échocardiographie transthoracique/transoesophagienne (suspicion de péricardite ++, parfois si suspicion de dissection aortique)
- angioscanner artériel (suspicion de dissection aortique)
- D-Dimères/angioscanner pulmonaire (suspicion d'embolie pulmonaire) ...

En dehors des 4 urgences cardiovasculaires citées ci-dessus, il faut savoir penser à 4 autres diagnostics devant une douleur thoracique :

- pneumopathie infectieuse
- pneumothorax
- épanchement pleural
- douleurs pariétales musculo-squelettiques (fréquent ++)

Palpitations

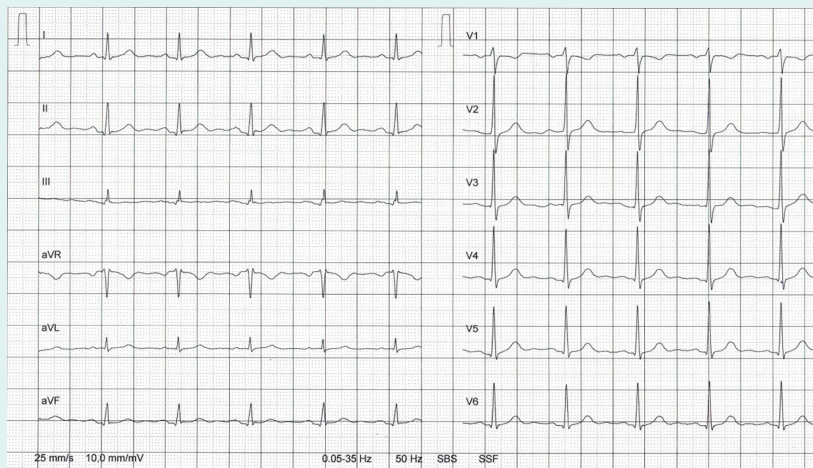
Situation de départ n° 165

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes cardiologue libéral installé en ville et vous recevez madame P, un patient de 36 ans, pour des sensations de « cœur qui s'emballe » ces derniers temps, de manière intermittente. Ce patient n'a pas d'antécédent médical connu. Votre interrogatoire conjugué à votre examen clinique ne retrouve pas de cause cardiaque à première vue. Vous réalisez un l'électrocardiogramme suivant :

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.



■ Questions pour l'étudiant

1. Interrogez et examinez le patient à la recherche d'une cause extracardiaque de palpitations.
2. Expliquer au patient les différentes possibilités d'enregistrement ambulatoire des palpitations.

► Consignes au patient

Contexte : Vous consultez le cardiologue en ville.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Madame P – 36 ans

Taille/poids : 160 cm – 55 kg

Antécédents personnels : Aucun

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Aucun

Mode de vie : En concubinage, pas d'enfant, infirmière de bloc. Pas de tabac, pas d'alcool, pas de substance illicite.

Histoire de la maladie : Vous présentez des sensations de palpitations paroxystiques depuis environ 1 mois et demi. Lors de la consultation, vous ne présentez aucun symptôme, votre rythme cardiaque vous paraît normal.

Votre examen clinique est complètement normal, à savoir :

- Pas de signe de déshydratation.
- Pas de signe d'hyperthyroïdie.
- Pas de fièvre.
- Pas de signes d'apnées du sommeil
- Pas d'élément en faveur d'une grossesse

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à questionner, aptitude à fournir les renseignements au patient, aptitude à structurer/mener l'entrevue)	3	.....
Recherchez des signes de déshydratation : muqueuses sèches, langue rôtie, soif intense, oligurie, pli cutané, asthénie <i>Rempli si 2/6 recherchés</i>	1	.....
Recherchez une prise de substance excitante : alcool, tabac, cocaïne, amphétamines...	1	.....
Recherchez une prise de sympathomimétiques, d'hormones thyroïdiennes...	1	.....
Recherchez des signes d' hyperthyroïdie : transpiration excessive, bouffées de chaleur, tremblements des extrémités, troubles du sommeil, irritabilité, amaigrissement, diarrhée <i>Rempli si 2/7 recherchés</i>	1	.....
Recherchez une fièvre	1	.....
Recherchez un syndrome d' apnées du sommeil : ronflement, pauses respiratoires pendant le sommeil, sensation d'étouffement, micro-éveils à répétition, nycturie, sommeil non réparateur, difficultés de concentration, somnolence diurne, céphalées matinales, troubles de la libido <i>Rempli si 3/10 recherchés</i>	1	.....
Recherchez une grossesse	1	.....
Q2		
Savoir expliquer à quoi correspond un holter ECG : enregistrement du rythme cardiaque sur une durée de 24 à 96 h, indiqué surtout pour des palpitations fréquentes (> 1/semaine)	1	.....
Savoir expliquer à quoi correspond un ECG ambulatoire de longue durée : enregistrement du rythme cardiaque sur une durée de 7 à 21 jours, indiqué surtout pour des palpitations peu fréquentes (< 1/semaine)	1	.....
Savoir expliquer à quoi correspond un holter implantable (Reveal) : enregistrement du rythme cardiaque sur une durée de 3 à 5 ans, au moyen d'un capteur sous cutané sans sonde ni électrode	1	.....
Total	13	.....



Les bons réflexes

Devant des palpitations, il faut suspecter en premier lieu des causes cardiologiques, que je vous récapitule dans le tableau ci-dessous en fonction de l'aspect ECG :

	QRS réguliers	QRS irréguliers
QRS fins	Tachycardie sinusale Tachycardie jonctionnelle Tachycardie atriale Flutter à conduction normale	Fibrillation atriale Flutter à conduction variable
QRS larges	Tachycardie ventriculaire Fibrillation ventriculaire Tachycardie supraventriculaire + BBD/BBG	Fibrillation atriale + BBD/BBG

Quelques éléments d'anamnèse et de contexte permettent d'orienter vers l'une ou l'autre des causes avant même d'avoir réalisé l'électrocardiogramme :

- patient jeune avec polyurie postcritique : tachycardie jonctionnelle = maladie de Bouveret.
- fibrillation atriale : argument de fréquence (1 individu sur 3 présentera une FA au cours de sa vie !!!).
- patient coronaropathe : tachycardie ventriculaire.

Tachycardie

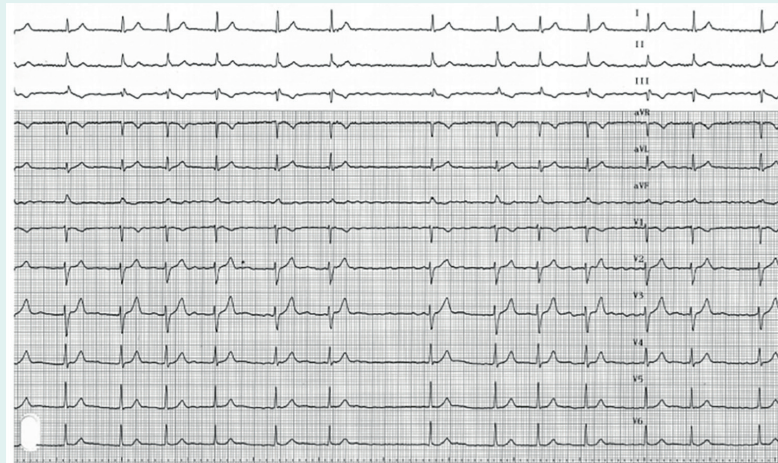
Situation de départ n° 166

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin généraliste en cabinet de ville et recevez un de vos patients, monsieur T 50 ans, pour un bilan clinique annuel. Lors de votre examen clinique, vous remarquez des bruits du cœur accélérés et irréguliers. Le patient n'a aucune plainte fonctionnelle. Vous réalisez l'électrocardiogramme suivant :

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.



■ Questions pour l'étudiant

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Le patient présente-t-il une indication de traitement anticoagulant au long cours ?
3. Expliquez au patient quelles sont les complications de sa pathologie.

► Consignes au patient

Contexte : Vous vous rendez en consultation de ville chez votre médecin traitant.

Nom/prénom patient(e) – Âge : Monsieur T – 50 ans

Taille/poids : 180 cm – 72 kg

Antécédents personnels : Hypertension artérielle, Diabète de type 2

Antécédents familiaux : Aucun

Traitements à domicile : Ramipril, Hydrochlorothiazide, Metformine

Mode de vie : Divorcé, 1 enfant, agent municipal. Pas de tabac, pas d'alcool, pas de drogue.

Histoire de la maladie : Vous ne ressentez aucun symptôme et vous n'aviez jamais remarqué que votre cœur battait trop vite.

C : vous n'avez jamais eu de poussée d'insuffisance cardiaque

H : vous êtes hypertendu sous bithérapie Ramipril + Hydrochlorothiazide

A : vous avez 50 ans

D : vous êtes diabétique de type 2 sous Metformine

S : vous n'avez jamais fait d'évènement embolique

V : vous n'avez pas de localisation athéromateuse connue

A : vous avez 50 ans

Sc : vous êtes un homme

Si l'étudiant demande une information non précisée, répondre par non.

Grille d'évaluation

Q1		
Communication et attitudes (aptitude à questionner, aptitude à mener/structurer l'entrevue, aptitude à fournir les renseignements au patient, aptitude à planifier les soins)	4	.....
Savoir reconnaître une fibrillation atriale sur un électrocardiogramme	1	.....
Q2		
Savoir rechercher tous les éléments composant le CHA2DS2-VASc	1	.....
Savoir dire qu'il y a une indication de traitement anticoagulant au long cours (CHA2DS2-VASc > 1)	1	.....
Q3		
Savoir qu'il existe un risque embolique : AIT, AVC, embolie artérielle avec ischémie aiguë	1	.....
Savoir qu'il existe un risque d'insuffisance cardiaque : aggravation d'une IC préexistante ou cardiomyopathie rythmique	1	.....
Savoir qu'il existe un risque de maladie rythmique de l'oreillette : la FA entraîne une fibrose des oreillettes et, plus tardivement, du tissu de conduction (association avec trouble de conduction)	1	.....
Savoir qu'il existe un risque d'ischémie fonctionnelle : angor	1	.....
Total	11	.....



Les bons réflexes

Petit topo sur la prise en charge thérapeutique de la FA, qui est une notion souvent mal maîtrisée par la plupart des étudiants.

Lorsqu'on découvre une FA sur un électrocardiogramme, 3 classes s'offrent à nous :

1. Réduction spontanée (< 7 jours : paroxystique, > 7 jours : persistante).
2. Pas de réduction spontanée.
3. FA permanente (contrôle du rythme inenvisageable : d'emblée ou après échecs de réduction).

Lorsque la réduction est spontanée, il faut adopter une stratégie antiarythmique (médicament ou ablation dans certains cas), l'objectif principal étant d'éviter les récives de FA.

Lorsque la FA est considérée comme permanente, il faut adopter une stratégie de ralentissement (médicament ou ablation du nœud sinusal + pacemaker dans de très rares cas), l'objectif principal étant d'améliorer la tolérance de la FA en réduisant la fréquence cardiaque.

Lorsqu'il n'y a pas de réduction spontanée, il faut tenter une cardioversion (choc électrique externe ou médicament) soit après 3 semaines d'anticoagulation, soit après une échocardiographie transœsophagienne.

- Si la cardioversion est un succès, on se place dans une stratégie antiarythmique selon les mêmes modalités que le paragraphe « Lorsque la réduction est spontanée », à laquelle on rajoute de manière systématique, sans tenir compte du CHA2DS2-VASc, 4 semaines d'anticoagulation curative (car la majorité des récives de FA se font lors du premier mois, période donc particulièrement à risque d'embolie).
- Si la cardioversion est un échec, on peut effectuer d'autres essais jusqu'au succès, ou alors considérer au bout de x échecs qu'il s'agit d'une FA permanente et adopter une stratégie de ralentissement du rythme selon les mêmes modalités que le paragraphe « Lorsque la FA est considérée comme permanente ».

Enfin, devant toute FA, qu'elle soit permanente ou réduite, il faudra calculer le score CHA2DS2-VASc pour avoir l'indication d'un traitement anticoagulant **au long cours**.

Acronyme	Définition	Points
C	Cardiopathie = décompensation cardiaque ou dysfonction ventriculaire gauche	1
H	Hypertension artérielle	1
A	Âge > 75 ans	2
D	Diabète	1
S	Stroke = AVC, AIT ou embolie systémique	2
V	Vasculaire = cardiopathie ischémique, artériopathie périphériques, athérome de la crosse aortique	1
A	Âge > 65 ans	1
S	Sexe féminin	1

Max 9

NOTES
